

Tema 15. Traumatismo Craneoencefálico (TCE)

Prof. Dra. María Blanco
Fisioterapia en Especialidades Clínicas III

1. Introducción

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) constituye una de las principales causas de discapacidad adquirida en la población adulta joven y una de las patologías neurológicas de mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se produce por una agresión externa que ocasiona daño estructural o funcional en el encéfalo, con consecuencias motoras, cognitivas, sensoriales y conductuales.

2. Epidemiología

El TCE afecta a entre 150 y 300 personas por cada 100.000 habitantes al año, con mayor incidencia en varones jóvenes, generalmente relacionada con accidentes de tráfico, laborales o deportivos. En edades avanzadas, las caídas constituyen la principal causa.

3. Clasificación del TCE

El TCE puede clasificarse según diferentes criterios:

Criterio	Clasificación
Según severidad	Leve (GCS 14-15), Moderado (GCS 9-13), Grave (GCS ≤ 8)
Según mecanismo	Abierto (con fractura y exposición) / Cerrado
Según extensión	Focal (contusión, hematoma) / Difuso (lesión axonal difusa)

4. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas del TCE varían en función de la localización, extensión y severidad del daño. Entre las más frecuentes se encuentran: pérdida de conciencia, amnesia postraumática, alteraciones motoras, déficits cognitivos, cambios conductuales, alteraciones sensitivas y del lenguaje, además de disfunciones autonómicas en casos graves.

5. Complicaciones asociadas

Las complicaciones más habituales incluyen: aumento de la presión intracraneal, crisis epilépticas, infecciones (en TCE abierto), hidrocefalia postraumática y alteraciones endocrinas. A largo plazo, son comunes la espasticidad, los trastornos del equilibrio, las alteraciones de la deglución y los problemas conductuales.

6. Diagnóstico

El diagnóstico del TCE se basa en la valoración clínica inicial (escala de Glasgow), neuroimagen (TAC craneal, RM cerebral) y pruebas complementarias según evolución. La monitorización de la presión intracraneal puede ser necesaria en pacientes con TCE grave.

7. Tratamiento médico inicial

El tratamiento médico inmediato busca estabilizar al paciente y prevenir el daño cerebral secundario. Se centra en el control de la vía aérea, ventilación, presión intracraneal, oxigenación y hemodinámica. En casos seleccionados, puede ser necesaria la intervención neuroquirúrgica para evacuar hematomas o descomprimir el encéfalo.

8. Tratamiento fisioterapéutico

El abordaje fisioterapéutico del TCE se desarrolla en diferentes fases, adaptándose a la evolución clínica y a las necesidades del paciente.

Fase	Objetivos	Intervenciones fisioterapéuticas
Fase aguda	Prevenir complicaciones, mantener rango articular, favorecer función respiratoria.	Movilizaciones pasivas, fisioterapia respiratoria, cambios posturales, prevención de úlceras.
Fase subaguda	Estimular la recuperación motora, prevenir retracciones y espasticidad, favorecer la sedestación.	Ejercicios asistidos y activos, control del tono, entrenamiento de transferencias.
Fase crónica / rehabilitación	Recuperar fuerza, coordinación, equilibrio y autonomía en AVD.	Ejercicios resistidos, reeducación de la marcha, entrenamiento en tareas funcionales, terapia ocupacional integrada.

9. Pronóstico

El pronóstico del TCE depende de la severidad inicial, la edad del paciente, el tiempo de respuesta en la atención médica y la intensidad de la rehabilitación. Muchos pacientes

logran una reintegración social y laboral parcial o completa, aunque persisten secuelas en un porcentaje importante.

10. Conclusiones

El TCE es una de las principales causas de discapacidad neurológica adquirida. El manejo interdisciplinar, que incluye la fisioterapia, resulta clave para mejorar el pronóstico funcional y la calidad de vida. La intervención temprana y progresiva favorece la recuperación neurológica y la reinserción social del paciente.

11. Bibliografía recomendada

- Maas AIR, Menon DK, Adelson PD, et al. Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurol.* 2017;16(12):987–1048.
- Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force. *J Rehabil Med.* 2004;43(Suppl):84-105.
- Sección de Guías Clínicas de la Brain Trauma Foundation (BTF).